

MAŁGORZATA STARZOMSKA<sup>1</sup>

Instytut Psychologii

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

ANNA BRYTEK-MATERA<sup>2</sup>

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej

Wydział Zamiejscowy w Katowicach

## MYŚLI, KTÓRE TUCZA. „FUZJA MYŚL-KSZTAŁT” W ZABURZEŃCIACH JEDZENIA

### Abstract

Psychiatric disorders are characterized by a range of specific cognitive distortions. One of the most interesting cognitive phenomena is Thought-Shape Fusion, which occurs when thinking about eating certain types of food increases a person's estimate of their shape and/or weight, elicits a perception of moral wrongdoing, and/or makes the person feel fat. TSF can be induced experimentally in healthy volunteers, but it is especially associated with eating pathology. It may be that thought-shape fusion is both a direct expression of the core psychopathology and also serves to maintain it. In patients for whom thought-shape fusion appears to be a barrier to changing the core psychopathology, direct techniques for addressing thought-shape fusion may be very useful.

Key words: Thought-Shape Fusion; anorexia nervosa, bulimia nervosa

### 1. WPROWADZENIE

Zaburzenia psychiczne charakteryzuje wiele specyficznych zniekształceń poznawczych, które są spójne i nie podlegają samoistnej weryfikacji. Mogą one przyczyniać się w dużym stopniu do utrzymywania się danego zaburzenia. Niektóre z tego typu zniekształceń zostały szczegółowo opisane w literaturze przedmiotu oraz naukowo zweryfikowane, jak na przykład: katastroficzna interpretacja doznań somatycznych w zespole paniki (Clark, 1986), błędy myślenia w depresji (Beck, 1995), nadmierne poczucie odpowiedzialności w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych (Salkovskis, Wroe, Gledhill, Morrison, Forrester, Richards, Reynolds i Thorpe, 2000) czy zniekształcona percepcja dotycząca kształtu i masy ciała u osób z za-

<sup>1</sup> Adres do korespondencji: eltram@life.pl

<sup>2</sup> Adres do korespondencji: abrytek-matera@swps.edu.pl

burzeniami odżywiania (Bonifazi, Crowther, Mizes, 2000; Cooper, Cohen-Tovee, Todd, Wells, Tovee, 1997; Cooper, Fairburn, 1992; Williamson, Muller, Reas i Thaw, 1999; Williamson, White, York-Crowe, Stewart, 2004).

## 2. HISTORIA POWSTANIA I DEFINIOWANIE POJĘCIA „FUZJA: MYŚL-KSZTAŁT”

Pojęcie „Fuzja: Myśl-Kształt” (ang. *Thought-Shape Fusion*, w skrócie TSF), po raz pierwszy opisane przez Rozę Shafran i współpracowników (Shafran, Teachman, Kerry, Rachman, 1999) stanowi wariant pojęcia „Fuzja: Myśl-Działanie” (ang. *Thought-Action Fusion*, w skrócie TAF) zaproponowanego także przez Shafran i współpracowników (Shafran, Thordarson, Rachman, 1996; por. Einstein, Menzies, 2004; Berle, Starcevic, 2005). Ten ostatni termin badacze zastosowali dla nazwania specyficznego zniekształcenia poznawczego występującego u osób z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi. Zniekształcenie to polega na przekonaniu, że natrętne, negatywne myśli, które pojawiają się u osoby, mogą mieć siłą sprawczą, to znaczy mogą bezpośrednio wywoływać zdarzenie, którego dotyczyła myśl i/lub na przekonaniu, że samo pojawienie tych myśli jest w tym samym stopniu moralnie naganne, jak wykonywanie działań, które stanowiłyby realizację tych myśli w rzeczywistości (Shafran, Robinson, 2004). Zatem TAF posiada dwa komponenty. Pierwszy z nich nawiązuje do przekonania, że doświadczanie negatywnej myśli zwiększa prawdopodobieństwo, że wydarzenie, którego dotyczyła myśl, rzeczywiście będzie miało miejsce. Ten komponent określa się jako „Fuzje: Myśl-Działanie Prawdopodobieństwo” (ang. *Likelihood Thought-Action Fusion*, w skrócie *Likelihood TAF*). Drugi wariant Fuzji Myśl-Działanie, który określa się jako „Fuzja: Myśl-Działanie Moralność” (ang. *Moral Thought-Action Fusion*, w skrócie *Moral TAF*) dotyczy przekonania, że samo pojawienie się negatywnej myśli jest w równym stopniu moralnie niedopuszczalne, co negatywny uczynek, stanowiący realizację tej myśli w rzeczywistości (Grim, 2009). Na przykład, gdy u pacjenta z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi pojawi się natrętna myśl na temat tego, że jego krewny został poszkodowany w wypadku, jest on całkowicie przekonany, że ta myśl zwiększa w dużym stopniu prawdopodobieństwo, że taki wypadek (z udziałem bliskiej mu osoby) rzeczywiście będzie miał wkrótce miejsce (Shafran, Robinson, 2004).

Shafran i współpracownicy (1996) w celu pomiaru TAF utworzyli kwestionariusz, składający się z 19 itemów, przy czym zadaniem badanego jest ocena, w jakim stopniu zgadza się z danym stwierdzeniem. Takie oszacowanie umożliwia 5-punktowa skala (od „0” – „w ogóle nie zgadzam się” do „5” – „całkowicie się zgadzam”). Kwestionariusz zawiera dwie subskale: pierwszą o nazwie „Fuzja: Myśl-Działanie Prawdopodobieństwo” (przykład itemu: „Moje myślenie o tym, że mój krewny/przyjaciół jest chory, zwiększa ryzyko, że rzeczywiście zachoruje”) oraz drugą o nazwie „Fuzja: Myśl-Działanie Moralność” (przykład itemu: „Gdy myślę niemiło o moim przyjacielu, jest to prawie tak samo nielojalne, jak gdybym był dla niego nieżyczliwy”). Badanie przeprowadzone przez Shafran i współpracowników (1996) wykazało, że u pewnych osób TAF może w znacznej mierze

przyczyniać się do powstawania zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych poprzez to, że osoby te czują się odpowiedzialne za pojawiające się myśli.

Jak już wspomniano, badania Shafran i współpracowników (1999) dowiodły, że u niektórych osób może występować zniekształcenie poznawcze przypominające „Fuzję: Myśl-Działanie”, a które badacze określili jako „Fuzję: Myśl-Kształt” i zdefiniowali jako przekonanie danej osoby, że samo myślenie o jedzeniu powoduje przyrost jej masy ciała. O ile, jak już wspomniano, TAF składa się z dwóch komponentów, o tyle w TSF można wyróżnić trzy komponenty (Shafran, Robinson, 2004):

(1) pierwszy komponent określa się jako „Fuzję: Myśl-Kształt Prawdopodobieństwo” (ang. *Likelihood Thought-Shape Fusion*, w skrócie *Likelihood TSF*). Nawiązuje on do przekonania, że już samo pojawianie się myśli o jedzeniu „zakazanego” (czyli zawierającego dużą ilość cukru czy/i tłuszczu, wysokokalorycznego) pożywienia zwiększa prawdopodobieństwo przyrostu masy ciała lub niekorzystnej zmiany kształtu ciała. Osoba, u której dominuje ten komponent TSF zdaje sobie sprawę, że sama myśl o spożywaniu wysokokalorycznego posiłku, nie może spowodować przyrostu masy ciała czy zmiany kształtu ciała, *jednak pomimo to, pojawiają się u niej wątpliwości i zaczyna wbrew prawom logiki wierzyć, iż jest to możliwe;*

(2) drugi komponent TSF – „Fuzja: Myśl-Kształt Moralność” (ang. *Moral Thought-Shape Fusion*, w skrócie *Moral TSF*) dominuje u osób, które są przekonane, że już samo pojawienie się myśli o spożywaniu „zakazanego” (w ich mniemaniu) pożywienia jest w równym stopniu moralnie niedopuszczalne, co rzeczywista konsumpcja tego pożywienia.

(3) z kolei trzeci komponent TSF – „Fuzja Myśl-Kształt Odczuwanie” (ang. *Feeling Thought-Shape Fusion*, w skrócie *Feeling TSF*) występuje u osób, u których sam fakt pojawienia się myśli o spożywaniu „zakazanego” pokarmu, nasila negatywne poczucie bycia osobą otyłą.

Roza Shafran i Paul Robinson (2004) proponują w następujący sposób tłumaczyć opisane komponenty na słowa osoby, u której występuje TSF: „Gdy rozmyślałam o nadmiernym objadaniu się lub jedzeniu zakazanych pokarmów, wtedy – myślałam, że masa mojego ciała może się zwiększyć / myślałam, że jestem niemoralna / czuję się grubsza)” (s. 400).

### 3. PIERWSZE BADANIA NAD TSF

Wstępne badania nad TSF dały wysoce obiecujące wyniki.

W celu zbadania TSF utworzono kwestionariusz samoopisowy (Shafran, Teachman, Kerry, Rachman, 1999), stanowiący rozszerzoną wersję roboczego kwestionariusza, zastosowanego w badaniu grupy 70 studentów. Kwestionariusz ten składa się z 33 itemów dotyczących trzech wyżej opisanych komponentów TSF. Zadaniem badanego jest odpowiedzieć, w jakim stopniu zgadza się z danym stwierdzeniem („0” – „w ogóle nie” – „4” – „całkowicie”). Oto przykłady itemów: „Samo wyobrażanie sobie, że przybieram na wadze może rzeczywiście spowodować, że moja masa ciała zwiększy się” (Fuzja: Myśl-Kształt Prawdopodobieństwo); „Dla mnie, samo myślenie o zaniechaniu ćwiczeń przez miesiąc jest prawie tak samo złe, jak gdybym rzeczywiście nie ćwiczyła” (Fuzja: Myśl-Kształt Moralność); „Czu-

ję się grubsza nawet wówczas, gdy tylko jedynie myślę o objadaniu się” (Fuzja: Myśl-Kształt Odczuwanie). W kwestionariusz zostały włączone również itemy dotyczące związanych z TSF konstrukcji poznawczych (np. „Gdy zjem smażoną potrawę, moja masa ciała wzrośnie o wiele bardziej niż masa ciała mojego przyjaciela po zjedzeniu tej potrawy”) oraz zachowań (np. „Samo myślenie o zaniechaniu ćwiczeń przez miesiąc powoduje u mnie pragnienie, aby zmniejszyć ilość spożywanego przeze mnie jedzenia”). Właściwości psychometryczne kwestionariusza sprawdzono przeprowadzając badania na grupie 119 studentów o średniej wieku równej 20,7 lat ( $SD=4,3$ ), przy czym 77% próby stanowiły kobiety. Na podstawie wyników surowych wykonano analizę głównych komponentów (stosując metodę rotacji varimax na 33 itemach kwestionariusza) w celu wyłonienia trzech czynników odpowiadających trzem komponentom TSF. Analiza wykazała, że tylko jeden czynnik odpowiada za 46% zmienności. Zatem nie udało się wyodrębnić trzech czynników korespondujących z trzema subskalami kwestionariusza (Prawdopodobieństwo, Moralność i Odczuwanie). Z tego względu autorzy (Shafran, Teachman, Kerry, Rachman, 1999) zdecydowali, że w dalszych badaniach będzie brany pod uwagę jeden ogólny wynik TSF. W rezultacie dalszych analiz przeprowadzonych na wynikach surowych wykazano, że skalę cechuje wysoka wewnętrzna zgodność (co oznacza wysoki stopień podobieństwa wyników, które uzyskuje osoba badana) dla poszczególnych jej itemów. Wyniki analizy korelacji pokazały istotny statystycznie umiarkowany (w granicach  $.51 < r < .61$ ;  $p < .001$ ) związek między TSF i wszystkimi subskalami *Eating Disorders Examination – Questionnaire* (w skrócie: EDE-Q – wersja kwestionariuszowa)<sup>3</sup> (Fairburn, Beglin, 1994). Ponadto analizy ujawniły istotny statystycznie, chociaż słaby związek ( $r = .323$ ;  $p < .01$ ) między TSF a TAF (Shafran, Thordarson, Rachman, 1996). Analizy korelacyjne nie dowiodły natomiast związku między wynikami na Maudsley Obsessional Compulsive Inventory (w skrócie: MOCI)<sup>4</sup> (Hodgson, Rachman, 1977). Wyniki analizy statystycznej wykazały również, że korelacje między wynikami uzyskiwanymi w subskalach kwestionariusza TSF a EDE-Q pozostały istotne statystycznie nawet wówczas, gdy kontrolowano takie zmienne, jak depresja (mierzona za pomocą testu *Beck Depression Inventory – BDI* – badającego charakterystyczne postawy i symptomy depresji (Beck, Ward, Mendelsohn, 1961) oraz obsesyjność (badana kwestionariuszem MOCI).

W ramach tego samego projektu, po opisanym powyżej badaniu o charakterze strictly psychometrycznym, autorzy (Shafran, Teachman, Kerry, Rachman, 1999)

---

<sup>3</sup> Jest to rzetelne i trafne narzędzie. Dotyczy ono badania stanu osoby w ciągu minionych 28 dni. Składa się z 36 itemów, które obejmują behawioralne i związane z postawami aspekty zaburzeń odżywiania, które wchodzi w skład czterech następujących subskał: restrykcje żywieniowe, troska dotycząca jedzenia, troska dotycząca masy ciała oraz troska dotycząca kształtu ciała. Zadaniem badanego jest zaznaczenie na 7-punktowej skali likertowskiej właściwej dla niego odpowiedzi (wiążącej się z częstością występowania danego zachowania).

<sup>4</sup> Jest to skala o wysokiej wewnętrznej trafności i zadowalającej rzetelności, składająca się z 30 itemów, które dotyczą: obsesyjno-kompulsyjnego sprawdzania, sprzątanania, wątpienia i spowolnienia. Przy czym zadaniem badanego jest odpowiedź na pytanie, czy dane stwierdzenie jest dla niego prawdziwe czy fałszywe.

przeprowadzili badanie eksperymentalne, którego celem było określenie roli TSF w psychopatologii zaburzeń odżywiania oraz odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy zniekształcenie poznawcze typu TSF może być wywoływane w warunkach laboratoryjnych?
2. Jakie zachowania mogą wiązać się z tym zniekształceniem?
3. Czy kwestionariusz do badania TSF cechuje zadowalająca trafność prognostyczna?

W oparciu o paradygmat zastosowany w odniesieniu do zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych w badaniach Rachmana i współpracowników (1996) wstępnie założono, że zniekształcenie poznawcze może być wywołane w warunkach eksperymentalnych, co uzyskano poprzez poproszenie osób doświadczających tego zniekształcenia o napisanie zdania dotyczącego jedzenia „zakazanego” pokarmu i wyobrażanie sobie, że spożywa się je aż do momentu wystąpienia awersji. Wysznięto trzy następujące hipotezy:

- (1) po pierwsze, opisana powyżej procedura eksperymentalna doprowadzi do tego, że badani będą przyznawać, iż przyrost ich masy ciała lub niekorzystna zmiana sylwetki może stanowić rezultat samego tylko myślenia o jedzeniu „zakazanego” pokarmu. Ponadto będą przyznawali, że czują, iż postąpili niedopuszczalnie pod względem moralnym w wyniku jedynie myślenia o jedzeniu „zakazanego” pokarmu. Ponadto badani będą stwierdzali, że czują się bardziej otyli w wyniku samego tylko myślenia o jedzeniu „zakazanego” pokarmu;
- (2) po drugie, procedura eksperymentalna (opisana powyżej) wywoła: lęk, poczucie winy oraz pragnienie tzw. zachowań korekcyjnych (np. przeglądania się w lustrze czy przywrócenia „odpowiedniego wizerunku” poprzez wyobrażanie sobie, że je się seler bądź pisanie, że je się marchewkę);
- (3) po trzecie, w następstwie określonego zachowania korekcyjnego, wpływ procedury eksperymentalnej ulegnie zminimalizowaniu, co u osób badanych oznaczać będzie złagodzenie oceny prawdopodobieństwa tego, iż ich masa ciała zwiększy się w wyniku myślenia/pisania o spożywaniu wysokokalorycznego jedzenia, a także zmniejszenie się odczuć dotyczących moralnie naganego czynu (jakim jest jedzenie) oraz związanych z byciem osobą otyłą.

Dodatkowo przewidywano, że wyniki w skali TSF będą prognostyczne dla efektów procedury eksperymentalnej, a mianowicie manipulacja eksperymentalna spowoduje istotne zmiany wyników uzyskiwanych poprzez pomiar tym narzędziem (była to hipoteza dotycząca trafności prognostycznej narzędzia TSF).

Aby zweryfikować wyżej wymienione hipotezy badawcze, przebadano 30 studentów, którzy po wykonaniu krótkiego kwestionariusza przesiewowego osiągnęli wysokie wyniki przynajmniej w zakresie jednego z trzech komponentów TSF (żaden z badanych studentów nie był uczestnikiem przeprowadzonego wcześniej badania o charakterze psychometrycznym). Średnia wieku badanych wyniosła 21,3 lat (SD=5,3), 87% próby stanowiły kobiety. Po uzupełnianiu tych samych kwestionariuszy, których użyto w poprzednim badaniu (kwestionariusz TSF, EDE-Q, kwestionariusz TAF, MOCI i BDI), osoby proszono o informację, jaka jest ich aktualna masa ciała, jak bardzo czują się otyli i jaki typ pożywienia uważają za

skrajnie tuczący. Po wypełnieniu kwestionariuszy badani byli poddani relaksacji. Trwała ona do momentu, gdy poziom lęku (mierzony za pomocą werbalnej skali analogowej, gdzie „0” koresponduje z odpowiedzią „w ogóle nie”, a „100” – koresponduje z odpowiedzią „bardzo”) wynosił 30 punktów lub mniej. Oceniane było również poczucie winy. Badanych proszono o to, aby pomyśleli o pożywieniu (jednym pokarmie lub kombinacji pokarmów), które uważają za skrajnie tuczące i które według nich prawdopodobnie spowodowałyby przyrost masy ciała. Następnie zostali proszeni o uzupełnienie następującego zdania: „Jem .....” przez wstawienie nazwy tuczącego pokarmu (lub tuczących pokarmów) w miejsce kropek. Celem tego zadania było umożliwienie badanym wizualizacji spożywania przez nich „zakazanego” pokarmu. W następnej kolejności badanych proszono, aby wyobrazili sobie, że spożywają ogromne ilości tego pokarmu, aż do momentu, gdy czynność ta staje się dla nich nieprzyjemna. Potem badani proszeni byli o skoncentrowanie uwagi na tym obrazie do momentu, gdy ich odczucia lęku będą co najmniej na poziomie o 20 punktów wyższym (na opisanej powyżej werbalnej skali analogowej) w porównaniu z wynikiem na początku eksperymentu. Do dalszych badań nie zakwalifikowano: trzech osób, u których poziom lęku nie zwiększył się; siedmiu osób, u których nie stwierdzono zniekształcenia poznawczego TSF (pomimo wysokiego wyniku uzyskanego w kwestionariuszu mierzącym TSF); dane tych osób nie mogłyby być bowiem użyte w testowaniu przewidywań eksperymentalnych, a także ze względów etycznych nie dopuszczono do dalszych badań czterech osób, u których odnotowano podwyższone wyniki w skali BDI.

U osób, które zostały zakwalifikowane do dalszych badań, zmierzono, używając werbalnych skal analogowych, poziom: lęku, poczucia winy, odczucia bycia osobą otyłą oraz aktualnej masy ciała. Następnie proszono badanych o ocenę prawdopodobieństwa, że ich masa ciała wzrosła w wyniku samego tylko zastosowania procedury eksperymentalnej. Osoby badane informowały eksperymentatorów o tym, jak, na przestrzeni ostatnich 24 godzin, postrzegają własną kontrolę w zakresie spożywania „zakazanych pokarmów”, w jakim stopniu uważają swój udział w eksperymencie za moralnie nieakceptowany oraz jak silne jest ich pragnienie zredukowania psychologicznych następstw dokończenia zdania oraz potrzeba sprawdzenia, czy ich masa ciała w wyniku udziału w eksperymencie nie zwiększyła się. Przed odpowiedzią na powyższe pytania, badanych poproszono o przeczytanie następującego wprowadzenia: „Chcielibyśmy zrozumieć, co myślisz o tych pytaniach, nawet wówczas, gdy myśli te wydają ci się bezsensowne. Inaczej mówiąc, chcielibyśmy poznać, co myślisz o tym na poziomie emocjonalnym, zatem prosimy, abyś posłuchał irracjonalnego głosu w twojej głowie, a nie tylko głosu osoby myślącej racjonalnie”. Badani mogli następnie zdecydować, czy w ciągu dwóch następnych minut zaangażują się w zachowanie korekcyjne (podobne do neutralizowania), czy też będą sprawdzać ewentualny przyrost masy ciała. W przypadku, gdy badani wybierali wariant drugi, eksperymentator opuszczał pokój w celu zapewnienia badanym prywatności. Zatem badacz mógł uzyskać informację o przebiegu sprawdzania przez badanych masy ciała dopiero wówczas, gdy powrócił do pokoju, w którym odbywały się badania. Po czynności sprawdzania/neutralizacji, ponownie szacowano poziom lęku i poczucie bycia otyłą oraz określano, jak osoby badane oceniają

prawdopodobieństwo przyrostu własnej masy ciała. Dodatkowo badano ich poczucie winy i poczucie, że postąpili niemoralnie, a także nasilenie pragnienia neutralizacji i sprawdzania masy ciała. Na koniec, badani byli poddani relaksacji, aż do momentu obniżenia poziomu lęku do 30 punktów na werbalnej skali analogowej (a zatem badani byli oni poddani tzw. debriefingowi<sup>5</sup>).

Wyniki analiz statystycznych potwierdziły pierwszą hipotezę: okazało się, że 26 z 30 badanych (87%) przyznało, że są przekonani, iż eksperyment spowodował przyrost ich masy ciała lub niekorzystną zmianę kształtu ciała. Średnia ocena prawdopodobieństwa, że procedura eksperymentalna spowoduje przyrost masy ciała wyniosła 27,83% (SD=19,8). Z 30 badanych, 24 (80%) przyznawało się do odczuć, że jest dla nich moralnie niedopuszczalne myślenie o jedzeniu „zakazanego” pożywienia lub pisanie o tej czynności. Średnia ocena tego zachowania jako moralnie nieakceptowanego wyniosła 34,2% (SD=28,04). Z kolei odpowiedzi na pytanie „Jak bardzo otyły/otyła się czujesz?”, wskazały, że wszyscy badani czuli się otyli, przy czym średni wynik – 51,04% (SD=21,8, N=24 – badani po wykluczeniu sześciu osób, którzy zmieniali słowa w zdaniu) pokazał, że badani po wystąpieniu myśli dotyczących jedzenia „zakazanego” pokarmu/ napisaniu zdania z nazwą (lub nazwami) „zakazanego” pokarmu, czuli się około 50% bardziej otyli niż przed manipulacją eksperymentalną.

Wyniki analiz statystycznych potwierdziły także drugą hipotezę: poziom lęku istotnie wzrósł z 17,00 (SD=10,39) do 60,00 (SD=20,68) po wdrożeniu procedury eksperymentalnej ( $t(29)=11,13$ ;  $p<0,001$ ). Poczucie winy podwyższyło się również znacząco z poziomu 17,67 (SD=22,77) do poziomu 57,33 (SD=24,06) ( $t(29)=7,25$ ;  $p<0,001$ ). Eksperymentalna procedura wywołała także u 24% badanych (SD=23,4) pragnienie sprawdzenia masy i kształtu ciała, a u 41,67% badanych (SD=32,12) spowodowała wystąpienie zachowania korekcyjnego.

Wyniki analiz statystycznych potwierdziły również trzecią hipotezę: 2/3 badanych wybrało minimalizowanie skutków eksperymentu przez angażowanie się w zachowania neutralizujące. Takie zachowanie polegało na przekreślaniu zdania, wyobrażaniu sobie siebie w momencie ćwiczeń fizycznych, czy jedzenia seler etc. 1/3 badanych wybrała sprawdzanie swojego wyglądu w lustrze. Wszyscy badani mogli na te czynności przeznaczyć dwie minuty. Okazało się, że czynności te w znaczącym stopniu zredukowały podwyższone (w wyniki eksperymentu) wartości wszystkich zmiennych ( $p<0,01$ ) z wyjątkiem odczucia niemoralnego postępowania. Nie zaobserwowano istotnych różnic pod względem efektów neutralizowania w porównaniu ze sprawdzaniem, z wyjątkiem tego, że wykonywanie neutralizującej czynności było, co zaskakujące, bardziej efektywne w redukowaniu pragnienia neutralizowania niż sprawdzanie ( $t(28) = 2,4$ ;  $p<0,05$ ).

Ponadto udało się udowodnić prognostyczną trafność narzędzia TSF. Wynik uzyskany przez badanych w skali TSF okazał się prognostyczny dla behawioralnych i subiektywnych zmian emocjonalnych po wdrożeniu eksperymentalnej procedury.

---

<sup>5</sup> Metoda, która pozwala w dość szybki sposób zredukować efekty stresu pourazowego (Talarowska, Florkowski, Wachowska, Gałecki, 2011).

#### 4. BADANIA NAD TSF W ZABURZENIACH ODŻYWIANIA

Shafran i Robinson (2004) przeprowadzili kilka lat później ważne badania dotyczące występowania TSF u osób z zaburzeniami odżywiania. Autorzy przebadali 42 kobiety, których średnia wieku wyniosła 28,6 lat ( $SD=9,7$ ): 10 spełniało kryteria diagnostyczne anorexia nervosa, 20 – spełniało kryteria bulimia nervosa i u 22 osób zdiagnozowano atypowe zaburzenia odżywiania. Grupę kontrolną tworzyły także 42 kobiety bez historii zaburzeń odżywiania, o średniej wieku 28,3 lat ( $SD=9,1$ ). Wszystkie badane kobiety były mierzone i ważone. Okazało się, że dwie osoby z drugiej grupy cierpiały w przeszłości na zaburzenia psychiczne, ale nie były to zaburzenia odżywiania. Zastosowano następujące narzędzia: EDE-Q (Fairburn, Beglin, 1994); kwestionariusz Body Checking and Avoidance Questionnaire (w skrócie: BCAQ)<sup>6</sup> (Shafran, Fairburn, Robinson, Lask, 2004); BDI (Beck, Ward, Mendelsohn, 1961). Ponadto zastosowano 34-itemowy kwestionariusz TSF, który stanowił zmodyfikowaną wersję 33-itemowego narzędzia zastosowanego w badaniu Shafran i współpracowników w 1999 roku. Modyfikacja polegała na usunięciu itemów, które nie korelowały z ogólnym wynikiem lub nie weszły w skład głównego czynnika. Nowa wersja kwestionariusza składała się z dwóch części: pierwszą część (określoną jako „Koncept”) tworzyło 17 itemów, które obejmowały trzy domeny obszary TSF (Prawdopodobieństwo, Moralność i Odczuwanie). Te komponenty nie tworzą odrębnych czynników i są analizowane wspólnie. Zadaniem badanych jest ocena, czy zgadzają się z danym stwierdzeniem na skali od „0” – „w ogóle nie” do „4” – „całkowicie”. Oto przykład itemu: „Samo wyobrażanie sobie, że moja masa ciała się zwiększa, może rzeczywiście spowodować jej przyrost”. Druga część kwestionariusza (określona jako „Interpretacja”) składa się z 17 itemów dotyczących interpretacji myślenia o jedzeniu zakazanych lub tuczących (w ocenie badanych) pokarmów. Oto przykład itemu: „Brakuje mi samodyscypliny”. Jak w poprzedniej części, tak i w tej części kwestionariusza badani oceniają, w jakim stopniu zgadzają się z danym stwierdzeniem, (od „0” – „w ogóle nie” do „4” – „całkowicie”). Odrębnie dla obu podskal testu obliczane były średnie. Analizy statystyczne dowiodły, że to zmodyfikowane narzędzie posiada wysoką rzetelność i dobrze różnicuje grupy kliniczne i niekliniczne.

Wyniki analizy korelacji Pearsona ujawniły, że w grupie klinicznej, występują istotnie statystyczne związki między wynikami w obu subskalach TSF a wynikami uzyskiwanymi we wszystkich subskalach EDE-Q, przy czym wyniki te pozostały istotne, gdy kontrolowano poziom depresji (skala BDI), z wyjątkiem korelacji między wynikami uzyskiwanymi w podskali TSF „Koncept” a wynikami uzyskiwany-

---

<sup>6</sup> To 22-itemowe narzędzie, podobnie jak EDE-Q ocenia stan badanego w ciągu minionych 28 dni oraz frekwencję różnych zachowań dotyczących sprawdzania i unikania konfrontacji z kształtem ciała, np. związanych ze sprawdzaniem i unikaniem pewnych zachowań (np. częstotści ważenia się). Narzędzie to składa się z 6-punktowej skali (0 „w ogóle nie dotyczy”, 1 „sprawdza mniej niż raz w tygodniu”, 2 „sprawdza 1-6 razy na tydzień”, 3 „sprawdza 1-2 razy na dzień”, 4 „sprawdza 3 lub więcej razy dziennie” i 5 „unikania czynienia tego z powodu możliwego stresu”). Rzetelność i trafność tego kwestionariusza potwierdzona została w poprzednich badaniach (Shafran, Fairburn, Robinson, Lask, 2004), włączając w to wysoką trafność dyskryminacyjną i wysoką wewnętrzną zgodność.



mi w podskali EDE-Q „Troska o wagę” oraz korelacji między wynikami uzyskiwanymi w podskali TSF „Interpretacja” a wynikami uzyskiwanymi w podskali EDE-Q „Restrykcja”. Ponadto wyniki uzyskiwane w obu podskalach TSF istotnie korelowały z wynikami uzyskiwanymi z pomiarów narzędziami: BCAQ i BDI, jednakże korelacja między wynikami uzyskanymi w obu podskalach: TSF i w skali BCAQ straciła swoją istotność, gdy kontrolowano wskaźnik masy ciała (BMI). Analizy korelacji nie ujawniły związku między TSF „Konceptem” a BMI, natomiast ujawniły niewielką istotną statystycznie korelację między TSF „Interpretacją” a BMI, jednak straciła ona swoją istotność statystyczną, gdy kontrolowano poziom depresji (za pomocą skali BDI). Wzór interkorelacji w grupie kontrolnej był podobny do wzoru w grupie klinicznej, jednak w pierwszej grupie korelacja między wynikami uzyskiwanymi w podskali TSF „Koncept” a wynikami uzyskiwanymi w skali BCAQ, straciła swoją istotność, gdy kontrolowano poziom depresji. Podobnie straciły istotność korelacje: między wynikami uzyskiwanymi w podskali TSF „Interpretacja” a wynikami uzyskiwanymi w podskalach: „Restrykcja” i „Troska o kształt ciała” oraz wynikami uzyskiwanymi w skali BCAQ. Należy dodać, że wyniki uzyskiwane w dwóch podskalach TSF cechowała wysoka interkorelacja zarówno w grupie klinicznej, jak i w grupie osób zdrowych psychicznie.

Porównania między grupą kliniczną i grupą kontrolną wykazały, że badani z zaburzeniami odżywiania uzyskują istotnie wyższe wyniki w obu podskalach kwestionariusza mierzącego TSF w porównaniu do badanych z grupy kontrolnej. Ten wynik oznacza, że TSF jest zniekształceniem poznawczym charakterystycznym dla zaburzeń odżywiania. Ponadto w grupie klinicznej wystąpił silniejszy, w porównaniu z grupą kontrolną, związek między zaostrzeniem objawów chorobowych w przebiegu zaburzeń odżywiania a nasileniem TSF. Na uwagę zasługuje interpretacja autorów (Shafran, Robinson, 2004) dotycząca braku istotności statystycznej korelacji między wynikami uzyskanymi przez badanych w obu podskalach TSF i w skali BCAQ podczas kontroli BDI oraz braku istotności statystycznej korelacji między wynikami uzyskanymi w podskali „Interpretacja” narzędzia TSF a BMI podczas kontroli depresji. Interpretując pierwszy wynik, badacze twierdzą, że być może pragnienie sprawdzania własnego ciała, które powstaje na podłożu TSF, jest trudniejsze do pokonania w stanie obniżonego nastroju. Z kolei interpretując drugi wynik, autorzy uważają, że obniżony nastrój może prowadzić zarówno do negatywnych interpretacji, jak i przerwania diety. Oba te wyniki wskazują na silny związek między psychopatologią zaburzeń odżywiania i depresją. Silne interkorelacje między wynikami uzyskiwanymi przez badanych w obu podskalach narzędzia TSF wskazują na to, że mierzą one jeden, bardziej ogólny koncept dotyczący istotnego znaczenia myśli o jedzeniu, masie i kształcie ciała u osób z zaburzeniami odżywiania. Dodatkowo potwierdzają ważną rolę, jaką te myśli odgrywają w przypadku tych osób. Niewątpliwie można tutaj dostrzec podobieństwo między zaburzeniami odżywiania a zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi.

Shafran i Robinson (2004) twierdzą, że w zaburzeniach odżywiania, nadmierne myślenie o jedzeniu można uznać za bezpośredni przejaw przeceniania znaczenia jedzenia, kształtu i masy ciała oraz kontroli nad nimi, które jest jednym z najbardziej symptomatycznych rysów psychopatologii zaburzeń odżywiania. Ponadto

autorzy podkreślają, że jeśli TSF stanowi bezpośredni przejaw przeceniania tych trzech aspektów oceny siebie oraz kontroli nad nimi, to leczenie, które pomyślnie redukowałoby tę nieprawidłową ocenę, powinno redukować również TSF. Z drugiej strony zaznaczają, że samo TSF może zarówno stanowić bezpośredni przejaw psychopatologii zaburzeń odżywiania, jak i może stanowić czynnik ją utrzymujący, np. osoba, która czuje się otyła od samego wyobrażania sobie, że nie ćwiczy przez np. miesiąc, będzie cały czas skoncentrowana na kształcie swojego ciała, jako na tym czynniku, który jest najistotniejszy dla jej samooceny. Takie myśli oraz interpretacje mogą prowadzić do obniżonego nastroju, powtarzającego się monitorowania swojego ciała oraz samokrytycyzmu i niepomysłnych prób tłumienia myśli, a to wszystko z kolei sprzyja utrzymywaniu psychopatologii. Oczywiście nie można wykluczyć możliwości, że TSF leży u podłoża zaburzeń jedzenia, jednakże według wiedzy autorek artykułu, nie weryfikowano takiej hipotezy oraz nie rozważano, jakie mogą być źródła tego fenomenu. U pacjentów, dla których TSF stanowi barierę utrudniającą zmianę obrazu psychopatologicznego, bezpośrednie techniki skierowane na łagodzenie TSF, mogą okazać się bardzo korzystne. Takie techniki powinny zostać włączone w interwencje, których skuteczność została naukowo udowodniona. Interwencje te powinny obejmować również możliwość wykorzystania fenomenu TSF podczas sesji terapeutycznych, w celu zasygnalizowania/pokazania pacjentkom, że myśli i odczucia niekoniecznie odzwierciedlają rzeczywistość. Warto podkreślić, że pacjenci z TSF nie są psychotyczni, zdają sobie w pełni sprawę z irracjonalności własnego przekonania o tym, że ich myśli mogą wpływać na postrzeganą przez nich masę ciała, jednak pomimo tego przyznają, że właśnie ono kieruje ich postępowaniem.

Celem innego badania (Jáuregui Lobera, Santed, Bolaños Ríos, Ruiz Prieto, Santiago Fernández, Garrido Casals, 2011), u którego podstaw leżało założenie, że zniekształcenie poznawcze TSF może być wywołane eksperymentalnie, była odpowiedź na następujące pytania badawcze:

1. Czy Fuzja: Kształt-Myśl może być wywołana przez lęk?
2. Czy jeśli ma ona specyficzną relację z myślami związanymi ze zjadaniem tuczających pokarmów, to czy może być ona wywołana także w grupach nieklinicznych (analogicznie do grup klinicznych)?
3. Czy badani z bardziej adaptacyjnymi strategiami radzenia sobie ze stresem, będą doświadczali mniej nasilonej Fuzji: Myśl-Kształt w porównaniu z tymi osobami, które stosują mniej adaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem?
4. Czy Fuzja: Myśl-Kształt może mieć wpływ na zachowania związane z emocjami (np. na neutralizację odczuć, że myśli wpływają na kształt ciała czy na jedzenie)?

Na podstawie tych pytań postawiono następujące hipotezy badawcze:

- (1) po pierwsze, przypuszczano, że efekt wywoływania TSF będzie większy niż efekt wywoływania lęku;
- (2) po drugie, chociaż pacjenci z zaburzeniami odżywiania powinni mieć wyższy poziomy TSF niż osoby z grupy kontrolnej, jest możliwa indukcja TSF także w grupach nieklinicznych;

- (3) po trzecie, przypuszczano, że badani z obu grup z bardziej adaptacyjnymi strategiami radzenia sobie ze stresem, będą doświadczać słabszej TSF w porównaniu z tymi osobami, które stosują mniej adaptacyjne strategie;
- (4) po czwarte, wysunięto hipotezę, że badani z obu grup, u których zostanie wywołana Fuzja: Myśl-Kształt, będą w większym stopniu neutralizować negatywne odczucia oraz będą jeść mniej w porównaniu z osobami nie poddanymi eksperymentalnej manipulacji.

W celu weryfikacji tych hipotez, przebadano dwie 45-osobowe grupy: pacjentów z zaburzeniami odżywiania oraz zdrowych studentów – ochotników bez historii zaburzeń psychicznych w wieku od 18 do 25 lat. Kolejno 92,5% i 86,7% osób badanych stanowiły kobiety. Badanych z obu grup poddano jednemu z trzech warunków eksperymentalnych (15 osób z każdej grupy do każdego warunku), a mianowicie:

- eksperymentalnej indukcji TSF, w ramach której badanych proszono, aby pomyśleli o pokarmie (lub pokarmach), który/które uważają za silnie tłuczące i wyobrazili sobie w miarę możliwości jak najbardziej wyraźnie, szczegółowo, że jedzą duże ilości tego pokarmu (pokarmów), aż do momentu pojawienia się awersji. W tym czasie proszeni byli o dokończenie zdania „Ja jem ...” poprzez wstawienie w miejsce kropek nazwy (nazw) pokarmu (pokarmów). Badacze przewidywali, że taka manipulacja eksperymentalna może wywołać zniekształcenie TSF prowadząc do tego, że badani będą oceniali jako bardzo prawdopodobne: przyrost własnej masy ciała lub niekorzystną zmianę kształtu ciała w następstwie myślenia wyłącznie o jedzeniu tłuczącego pokarmu. Ponadto będą odczuwali, że uczynili coś wysoce niemoralnego wyłącznie w wyniku myślenia o jedzeniu zakazanego pokarmu oraz będą czuli się bardziej otyli w wyniku zaledwie myślenia o jedzeniu zakazanego (w ich mniemaniu) pokarmu. Badacze przypuszczali także, że ta manipulacja wywoła lęk, poczucie winy oraz pragnienie zachowań korekcyjnych (np. sprawdzania w lustrze czy wygląda się szczupło, bądź też wyobrażania sobie jako jedzącego seler albo pisanie, że je się marchewkę);
- eksperymentalnej indukcji lęku, w ramach której badani proszeni byli, aby pomyśleli o książce lub filmie, którą/który ostatnio czytali/widzieli. Następnie proszono ich, aby wyobrazili sobie w szczegółach, że wygłaszają przemowę na temat tej książki/tego filmu do własnych terapeutów lub innych pacjentów (w przypadku studentów do nauczycieli lub innych studentów). Poprzez tę manipulację zamierzano spowodować, aby badani wyobrazili sobie, że są oceniani pod względem jakości przemówienia. W tym czasie byli oni proszeni o dokończenie zdania: „Wygłaszam przemówienie na temat ...”, poprzez wstawienie w miejsce kropek tytuł: książki lub filmu.
- warunkom kontrolnym, w ramach których badanych proszono o to, aby pomyśleli o książce lub filmie, którą czytali/który oglądali ostatnio. Następnie proszono ich o to, aby szczegółowo wyobrazili sobie, że rozmawiają o książce lub filmie z przyjacielem. W tym czasie proszeni byli o dokończenie zdania „Mówię o ...” poprzez wstawienie w miejsce kropek tytułu książki lub filmu.

Następnie mierzone były emocjonalne i behawioralne reakcje badanych osób. Oceniano także strategie radzenia sobie ze stresem, przy czym badano je pod względem średnich wyników (wysokie vs. niskie) w zakresie koncentracji na pro-

blemie w radzeniu sobie ze stresem oraz średnich wyników (wysokie vs. niskie) w zakresie koncentracji na emocjach, stosując w tym celu *Coping Strategies Inventory* (CSI) (Endler, Parker, 1999; za: Jáuregui Lobera, Santed, Bolaños Ríos, Ruiz Prieto, Santiago Fernández, Garrido Casals, 2011)<sup>7</sup>. W ramach badania, zastosowano również Wizualną Skalę Analogową VAS (100 punktową) do pomiaru nastroju (gdzie „0” oznacza negatywny nastrój a „100” – pozytywny). Wykorzystano także kwestionariusz TSF *State Questionnaire* do badania TSF – stanu, również w formie VAS, aby zmierzyć lęk, poczucie winy, prawdopodobieństwo przyrostu masy ciała, odczucie ciężkości ciała i poczucie niemoralności oraz kwestionariusz TSF (Shafran, Robinson, 2004). Ponadto w badaniach zastosowano *State Trait Anxiety Inventory* (w skrócie: STAI), który mierzy lęk jako stan (STAI-S) i lęk jako cechę (STAI-T) (Steisdodos, 1982, za: Jáuregui Lobera, Santed, Bolaños Ríos, Ruiz Prieto, Santiago Fernández, Garrido Casals, 2011) oraz BDI (Conde, Franch, 1984; za: Jáuregui Lobera, Santed, Bolaños Ríos, Ruiz Prieto, Santiago Fernández, Garrido Casals, 2011). Dodatkowo, aby ocenić behawioralne efekty indukcji TSF, oszacowano obecność lub nieobecność neutralizującego efektu TSF poprzez spojrzenie na fotografię ciastka w realnym rozmiarze i ocenianie ilości ciastka, które to badani chcieliby zjeść.

Badania przeprowadzono indywidualnie (w przypadku pacjentów sesje te przeprowadzono w godzinach sesji terapeutycznych, co do studentów ustalano prywatne spotkania). Przed przystąpieniem do eksperymentu, badani uzupełniali VAS oceniając nastrój oraz CSI. Następnie zostali poddani manipulacji eksperymentalnej w jednym z trzech warunków, opisanych wcześniej. Po tej manipulacji, badani uzupełniali TSF *State Questionnaire*. Następnie pokazywano im zdjęcie ciastka w realnym rozmiarze (w paradygmacie Coello, Carter, McFarlane, Polivy, 2008). Badani wybierali porcję ciastka, którą chcieliby w danej chwili zjeść, przy czym mogli określić ilość tego ciastka w gramach. W tym czasie mieli także możliwość neutralizacji lub negacji wpływu zdania, które napisali wcześniej, poprzez przekreślenie go lub wpisanie innego słowa/słów w uzupełnione wcześniej miejsce. W zależności od tego, czy badani to czynili czy też nie, kwalifikowani byli do jednej z dwóch

---

<sup>7</sup> Pierwsza część testu służy do badania ośmiu podstawowych strategii radzenia sobie ze stresem (rozwiązanie problemu, poznawcza restrukturyzacja, społeczne wsparcie, unikanie problemu, myślenie życzeniowe, ekspresja emocji, społeczne wycofanie, samokrytycyzm); czterech drugorzędnych, stanowiących odpowiednie kombinacje strategii pierwszorzędnych (zaangażowanie w koncentrację na problemie; unikanie zaangażowania w koncentrację na problemie; zaangażowanie w koncentrację na emocjach, unikanie zaangażowania w koncentrację na emocjach) oraz dwóch trzeciorzędnych, stanowiących odpowiednie kombinacje strategii drugorzędnych (zaangażowanie lub niezaangażowanie w rozwiązanie problemu) strategii radzenia sobie ze stresem. Aby zmierzyć powyższe aspekty radzenia sobie ze stresem, badanych prosi się o szczegółowy opis stresującej dla nich sytuacji. Następnie badani wypełniają 40-itemowy test, który stosuje 5-punktową skalę likertowską. Zadaniem badanych jest zaznaczenie na skali, jak często zachowują się w określony sposób w danej sytuacji. Test kończy item, który dotyczy postrzegania przez badanego własnej skuteczności radzenia sobie ze stresem (pytanie: „Do jakiego stopnia adekwatnie poradziłeś sobie z sytuacją?” – „W ogóle nie”, „w małym stopniu”, „w dużym stopniu”, „bardzo dobrze”, „całkowicie”).

grup: osób neutralizujących lub nieneutralizujących. Na koniec badani uzupełniali kwestionariusze: TSF-Q, STAI, BDI.

Wyniki badania wykazały, że badani poddani indukcji TSF, mówili o większym poczuciu winy, o bardziej nasilonym odczuciu bycia otyłym, o większym prawdopodobieństwie przyrostu masy ciała i wyższym poczuciu uczynienia czegoś niemoralnego, w porównaniu z badanymi nie poddanymi tego rodzaju manipulacji (którzy uczestniczyli w jednym z dwóch pozostałych warunków eksperymentalnych). Zatem potwierdzona została hipoteza o indukcji TSF, a ponieważ różnice te wystąpiły w obu grupach, udowodniona została również druga hipoteza. Trzecia hipoteza dotyczące wpływu radzenia sobie ze stresem na zmniejszanie nasilenia TSF także została potwierdzona dla obu badanych grup. Udowodniono także prawdziwość ostatniej hipotezy dotyczącej behawioralnych efektów indukcji TSF: procent osób neutralizujących był istotnie wyższy w grupie osób z zaburzeniami odżywiania w porównaniu z grupą niekliniczną. Jeśli chodzi o rozmiar ciastka, który wybierali badani, pacjenci z zaburzeniami odżywiania wybierali najmniejsze porcje, szczególnie ci poddani pierwszemu typowi manipulacji. Podsumowując, badania wykazały, że indukcja TSF powoduje zarówno emocjonalne, jak i behawioralne zmiany, które wydają się być specyficzne dla myślenia o jedzeniu pokarmów tuczających. Warto dodać, że w opisywanym badaniu, pacjenci z zaburzeniami odżywiania poddawani manipulacji eksperymentalnej pierwszego typu w porównaniu do osób zdrowych psychicznie, nie tylko przejawiali wyższy poziom TSF-stanu (poczucie winy, bycia otyłym, prawdopodobieństwo przyrostu masy ciała, stopień poczucia niemoralności), ale także uzyskiwali wyższe wyniki pod względem cech TSF mierzonych za pomocą kwestionariusza TSF, zatem osoby z zaburzeniami odżywiania wydają się być bardziej podatne na indukcję TSF w porównaniu z osobami zdrowymi psychicznie. W grupie pacjentów z anorexia nervosa i bulimia nervosa, tylko jeden wynik TSF-stanu, a mianowicie poziom lęku był wyższy w warunkach indukcji lęku w obu badanych grupach.

Badania, które przeprowadzili Ignacio Jáuregui Lobera i współpracownicy (2011) wykazały ponadto, że postrzegana własna skuteczność w radzeniu sobie ze stresem, zaangażowanie w koncentrację na problemie oraz zaangażowanie w koncentrację na emocjach – odgrywają dużą rolę w zmniejszaniu TSF – stanu i to przede wszystkim u pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Warto zatem byłoby zbadać, jaką rolę mają negatywne strategie radzenia sobie ze stresem w utrzymywaniu się zniekształcenia TSF. Autorzy zwracają uwagę na konieczność analizy wyników w poszczególnych subgroupach zaburzeń odżywiania. Podsumowując wyniki badań, Lobera i współpracownicy (2011) podkreślają, że TSF może być zaangażowane w rozwinięcie i utrzymywanie psychopatologii zaburzeń odżywiania. Badania nad TAF wykazały, że te poznawcze zniekształcenia mogą odgrywać rolę przyczynową w rozwoju niepokojących natrętnych myśli. Udowodniono, że interwencje edukacyjne na temat poznawczych zniekształceń mogą w znacznym stopniu redukować lęk będący następstwem indukcji TAF (w przeciwieństwie do osób poddanych kontrolnej interwencji). Oczywiście jest możliwe, że nasilenie TSF może zmniejszać się podczas leczenia. Aby poznać, co jest tutaj przyczyną, a co skutkiem, konieczne byłoby przeprowadzenie longitudinalnych badań, aby ocenić zmiany w doświadczeniu

TSF podczas leczenia pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Ponadto, pozytywna zmiana w zakresie stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem mogłaby przyczynić się do zmniejszenia znaczenia zniekształcenia TSF w utrzymywaniu tych zaburzeń.

Zniekształcenie poznawcze, jaki jest TSF, wpisuje się w patologię jedzenia, jednak specyfika tego zniekształcenia w przypadku zaburzeń odżywiania nie została jeszcze do końca zbadana. Próbę tę podjęła Jennifer Coehlo i współpracownicy (2012). Celem badania było określenie skutków indukcji TSF na podatność na TSF w trzech grupach kobiet: z zaburzeniami odżywiania (33 kobiety), z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi (24 kobiety) oraz w grupie osób bez diagnozy zarówno zaburzeń odżywiania, jak i zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (26 kobiet). Zgodnie z oczekiwaniami autorów, wyniki pokazały, że osoby z zaburzeniami odżywiania są bardziej podatne na TSF niż kobiety z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi oraz kobiety zdrowe. Charakteryzuje je również większe nasilenie TSF, bardziej negatywne stany emocjonalne i intensywniejsza neutralizacja zachowań. Co więcej, badania wykazały, że kobiety z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi nie były szczególnie podatne na TSF. W rzeczywistości zdrowe kobiety (grupa kontrolna) wykazały zwiększoną podatność do TSF w stosunku do kobiet z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi, o czym świadczy ich wyższy poziom TSF cechy, a także podwyższony przedłużający się stres (dystres) oraz trudności w wyobrażaniu sobie sytuacji związanej z jedzeniem.

Deficyt w zakresie badań nad TSF oraz jego neutralizowaniem u osób należących do subgrup z zaburzeniami odżywiania, uzupełniły dwa kolejne. Kilka lat po badaniu przeprowadzonym Shafran i współpracowników (1999), Adam S. Radomsky i współpracownicy (2002) przeprowadzili podobne badanie, jednak nie tylko w grupie osób zdrowych psychicznie, ale także w grupie osób z anorexia nervosa. 20 pacjentów z tym zaburzeniem proszono o pomyślenie o pokarmie, który uważają za skrajnie tuczący. Potem proszono ich o dokończenie zdania: „Jem...”, poprzez wpisanie w puste miejsce nazwy „zakazanego” pożywienia. Następnie badanych proszono o określenie nasilenia lęku, poczucia winy, odczucia masy ciała, poczucia niemoralności. Osoby miały możliwość neutralizacji zdania, które utworzyli. Tak jak w badaniu Shafran i współpracowników (1999), większość badanych stosowała neutralizację zgodnie z poznawczo-behawioralnymi założeniami o zaburzeniach odżywiania i zgodnie z odkryciem na temat wpływu poznawczych błędów i zniekształceń na przetwarzanie informacji dotyczących jedzenia, kształtu i masy ciała w anorexia nervosa. Warto wspomnieć o jeszcze jednym badaniu, przeprowadzonym przez Myrsini Kostopoulou i współpracowników (2011). Celem badania była eksperymentalna weryfikacji fenomenu TSF u osób z bulimia nervosa. 20 pacjentów z tym rozpoznaniem uczestniczyło w eksperymencie polegającym na indukcji TSF i badaniu wpływu zachowań korekcyjnych (sprawdzenie oraz umysłowe neutralizowanie). Do pomiaru stanu TSF zastosowano werbalne skale analogowe. Wyniki ujawniły, że TSF zaostrza poczucie niemoralności, zwiększa niezadowolone z ciała, lęk i poczucie winy oraz nasila pragnienie zaangażowania się w takie zachowania korekcyjne jak sprawdzanie i umysłowe neutralizowanie. Zachowania korekcyjne znacząco redukowały negatywne efekty procedury eksperymentalnej.

Podsumowując, należy zwrócić uwagę na fakt, iż komponenty TSF są obecne także w bulimii nervosa i prawdopodobnie odgrywają pośredniczącą rolę w utrzymaniu się choroby.

Na koniec przeglądu badań na temat TSF, warto wspomnieć o badaniu przeprowadzonym przez Jennifer S. Coehlo i współpracowników (2008), które miało na celu porównanie wpływu indukcji TSF na kobiety z zaburzeniami odżywiania oraz zdrowe psychicznie kobiety – w trakcie stosowania diety i nie będące na diecie. Wysłunięto hipotezę, że w rezultacie tej indukcji pojawi się lęk, poczucie winy, nasilone odczucie otyłości, postrzegany przyrost masy ciała oraz poczucie niemoralności. Postawiono także hipotezę, że osoby z zaburzeniami odżywiania i pozostające na diecie będą silniej reagować na indukcję TSF w porównaniu z osobami nie będącymi na diecie. Wyniki badań pokazały, że TSF może być wywołane zarówno u osób z zaburzeniami odżywiania, jak i u osób zdrowych psychicznie. Jednak osoby z zaburzeniami odżywiania ujawniają wyższy poziom TSF po indukcji w porównaniu do osób zdrowych psychicznie (bez względu na to, czy są czy też nie są na diecie). Przeciwnie do oczekiwań, kobiety na diecie osiągały wyższy poziom postrzeganego przyrostu masy ciała i poczucia niemoralności po zaindukowaniu lęku, lecz nie po zaindukowaniu TSF.

Według wiedzy autorek niniejszego artykułu, nie istnieją opracowania naukowe poświęcone metodom leczenia TSF. Należy jednak przypuszczać, że podobnie jak w przypadku TAF, obiecująca w tym przypadku może się okazać psychoedukacja, polegająca na uświadomieniu pacjentowi istnienia zniekształceń poznawczych (w tym wypadku TSF) i ich znaczenia w podtrzymywaniu błędnego koła myśli-emocje-zachowanie-myśli. Kiedy pacjent uczy się, jak wyszukiwać i nazywać zniekształcenia obecne w jego funkcjonowaniu, będzie możliwa także ich modyfikacja. Psychoedukacja na celu korektę nieprawidłowych przekonań, co zmniejsza stres oraz minimalizuje zachowania neutralizujące (Zucker, Craske, Barrios, Holguin, 2002). Należy pamiętać, że wszelkie techniki stosowane w psychoterapii poznawczo-behawioralnej, takie jak na przykład: dialog sokratejski, zapisywanie automatycznych myśli, poszukiwanie dowodów prawdziwości sądu, czy użycie paradoksu, mogą być także bardzo użyteczne w łagodzeniu TSF.

## 5. ZAKOŃCZENIE

U osób z zaburzeniami odżywiania nie tylko monitorowanie jedzenia wpływa na kształt i masę ciała. W ocenie pacjentów już samo myślenie o tuczącym jedzeniu prowadzi do przyrostu masy ciała. Chociaż po przeprowadzeniu serii badań, udowodniono, że TSF może być wywoływana eksperymentalnie zarówno w grupach osób z zaburzeniami odżywiania, jak i osób zdrowych psychicznie, to jednak wyniki badań jednoznacznie wskazują, że fenomen ten jest szczególnie silnie związany z psychopatologią zaburzeń odżywiania. Pacjenci z zaburzeniami odżywiania poddawani manipulacji eksperymentalnej, polegającej na indukcji TSF uzyskiwali wyższe wyniki w zakresie tej zmiennej w porównaniu z osobami zdrowymi psychicznie. Zatem osoby te były bardziej podatne na indukcję TSF w porównaniu z osobami zdrowymi. Nie można wykluczyć, że TSF może stanowić bezpośredni przejaw zasadniczej psychopatologii zaburzeń odżywiania, polegającej na przece-

nianiu znaczenia jedzenia, kształtu i masy ciała oraz kontroli nad nimi. U pacjentów, dla których TSF stanowi barierę utrudniającą zmianę obrazu psychopatologicznego, niezwykle obiecujące mogą okazać się bezpośrednie techniki skierowane na łagodzenie TSF.

#### BIBLIOGRAFIA

- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford.
- Berle, D., Starcevic, V. (2005). Thought-action fusion: Review of the literature and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25, 3, 263-284.
- Bonifazi, D.Z., Crowther, J.H., Mizes, J. S. (2000). Validity of questionnaires for assessing dysfunctional cognitions in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 4, 464-470.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 4, 461-470.
- Cooper, M. J., Fairburn, C.G. (1992). Thoughts about eating, weight and shape in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 5, 501-511.
- Cooper, M., Cohen-Tov'e, E., Todd, G., Wells, A., Tov'e, M. (1997). The eating disorder belief questionnaire: preliminary development. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 4, 381-388.
- Coelho, J., Carter, J.C., McFarlane, T., Polivy, J. (2008). "Just looking at food makes me gain weight": experimental induction of thought-shape fusion in eating-disordered and non-eating-disordered women. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 2, 219-228.
- Coelho, J.S., Baeyens, C., Purdon, C., Pitet, A., Bouvard, M. (2012). *Cognitive distortions and eating pathology: Specificity of thought-shape fusion*. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 7-8, 449-456.
- Einstein, D.A., Menzies, R.G. (2004). The presence of magical thinking in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 5, 539-549.
- Fairburn, C. G., Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 4, 363-370.
- Grim, E.C. (2009). Food for thought: Manipulating thought shape fusion and its effect on social outcomes, Dostępne: 12.I.2013: [http://www.virginia.edu/psychology/downloads/20 09 %20Conference%20Papers.pdf](http://www.virginia.edu/psychology/downloads/20%2009%20Conference%20Papers.pdf)
- Hodgson, R., Rachman, S. (1977). Obsessional compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 5, 389-395.
- Jáuregui Lobera, I., Santed, M.A., Bolaños Ríos, P., Ruiz Prieto, I., Santiago Fernández, M.J., Garrido Casals, O. (2011). Experimental induction of thought-shape fusion in eating disorder patients: the role of coping strategies. *Nutrición Hospital*, 26, 6, 1402-1411.
- Kostopoulou, M., Varsou, E., Stalikas, A. (2011). *Thought-Shape Fusion in bulimia nervosa: an experimental investigation*. *Eating and Weight Disorders*, 16, 2, 86-92.



- Mizes, J.S., Christiano, B., Madison, J., Post, G., Seime, R., Varnado, P. (2000). Development of the Mizes anorectic cognitions questionnaire – revised: Psychometric properties and factor structure in a large sample of eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 4, 415-421.
- Rachman, S., Shafran, R., Mitchell, D., Trant, J., Teachman, B.A. (1996). How to remain neutral: An experimental analysis of neutralization. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 11-12, 889-898.
- Radomsky, A.S., de Silva, P., Todd, G., Treasure, J., Murphy, T. (2002). Thought-shape fusion in anorexia nervosa: An experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 40,10, 1169-1177.
- Salkovskis, P.M., Wroe, A.L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 4, 347-372.
- Shafran, R., Fairburn, C.G., Robinson, P., Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 1, 93-101
- Shafran, R., Robinson, P. (2004). Thought-shape fusion in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 4, 399-408.
- Shafran, R., Teachman, B.A., Kerry, S., Rachman, S. (1999). A cognitive distortion associated with eating disorders: Thought-shape fusion. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 2, 167-179.
- Shafran, R., Robinson, P. (2004). Thought-shape fusion in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 4, 399-408.
- Shafran, R., Thordarson, D.S., Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 5, 379-391.
- Talarowska, M., Florkowski, A., Wachowska, K., Gałeczki, P. (2011). Stres a debriefing – definicje i aktualne kontrowersje. *Current Problems of Psychiatry*, 12, 2, 132-136.
- Williamson, D.A., Muller, S.L., Reas, D.L., Thaw, J.M. (1999). *Cognitive bias in eating disorders: implications for theory and treatment*. *Behavior Modification*, 23, 4, 556-577.
- Williamson, D.A., White, M.A., York-Crowe, E., Stewart, T.M. (2004). *Cognitive-behavioral theories of eating disorders*. *Behavior Modification*, 28, 6, 711-738.
- Zucker, B.G., Craske, M.G., Barrios, V., Holguin, M. (2002). Thought action fusion: can it be corrected? *Behaviour Research and Therapy*, 40, 6, 653-664.